

	SUBRED INTEGRADA DE SERVICIOS DE SALUD SUR E.S.E.					
	INFORME DE ACTIVIDADES PRESTACIÓN DE SERVICIOS					

DATOS DEL INFORME					
Periodo a Certificar:	Desde:	2025-01-03	Hasta:	2025-01-31	
Nombre Contratista:	del	VILMA LILIANA ARANGUREN CASTILLO		Número de Documento:	40428278
Correo Electrónico:	liliarangurenc@gmail.com			Número Telefónico:	3013718689
Nombre Supervisor:	del	LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA	Cargo:	DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD	Código Grado: -

DATOS DEL CONTRATO					
No. Contrato:	1028-2025	Año Contrato:	2025	CDP Contrato Inicial:	1
Perfil:	TECNICO 2 PIC				
Dirección a la que Perteneces:	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD				
Unidad de Servicios:	SALUD PÚBLICA				

LIQUIDACIÓN DE SERVICIOS							
Centro de Costos	Dirección	Unidad	Número Horas	Número Horas Adicionales	Valor Hora	Total	Procentaje(%) Centro de Costos
K33PI	DIRECCIÓN DE GESTIÓN DEL RIESGO EN SALUD	SALUD PÚBLICA	184	0	13372	\$2460448	107.1%
VALOR SERVICIO PRESTADO MES:	\$ 2460448	DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHOPESOS					

EJECUCIÓN PRESUPUESTAL DEL CONTRATO			
Fecha de Inicio del Contrato	2025-01-03	Fecha de Terminación del Contrato Inicial	2025-07-23
No. Cuenta Según el Mes Certificado	Mes Cuenta de Cobro	Valor a Pagar	
1	ENERO	\$ 2460448	

VALOR INICIAL DEL CONTRATO	VALOR TOTAL DEL CONTRATO	PAGOS REALIZADOS	SALDO DEL CONTRATO
\$ 16649045	\$ 16649045	\$ 2460448	\$ 14188597

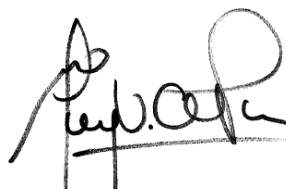
OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
1	1 Gestionar las necesidades de transporte identificadas en el pic, los equipos territoriales y convenios.	-SE SOLICITA A LOS DIFERENTES ENTORNOS Y COMPONENTES LAS NECESIDADES DE VEHÍCULOS DE ACUERDO CON EL ANEXO 8 Y LOS LINEAMIENTOS DEL PROCESO EBE HOGAR	-CORREOS- LINEAMIENTOS
2	2- realizar cronograma de asignacion de vehiculos a los diferentes entornos y procesos del pic, los equipos territoriales y convenios.	-SE REALIZA CALENDARIO DE ASIGNACIÓN DE VEHÍCULOS DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES ERVISOR	-CORREOS CALENDARIO- CRONOGRAMA
3	3- realizar acompañamiento en campo a los vehiculos asignados al pic, los equipos territoriales y convenios.	-SE REVISLA LA UBICACIÓN DE LOS VEHÍCULOS Y SE REALIZA VISITA ALEATORIA. SE REALIZA VISITA EN LA UNIDAD DE SANTA MARTA, SE INSPECCIONA EL ASEO EN LOS VEHICULOS	ACTA SE SEGUIMIENTO
4	4- realizar seguimiento al Hacer el Diligenciamiento de las planillas de recorrido diario de los vehiculos.	-SE REALIZA VERIFICACIÓN DE PLANILLAS DE ACUERDO CON LA ASIGNACIÓN PARA GENERAR FACTURA	-PLANILLAS, FACTURA Y CERTIFICACIÓN DE FACTURA
5	5- justificar la necesidad de vehiculos de acuerdo a lineamientos y recursos asignados.	-SE REALIZA SOLICITUD A LA EMPRESA CONTRATADA DE ACUERDO CON LA NECESIDAD DE LOS DIFERENTES PROCESOS SEGÚN LINEAMIENTOS	-CORREOS
6	6- reportar de manera mensual en informes y planillas establecidas, el comportamiento tecnico y financiero de los vehiculos asignados al pic, los equipos territoriales y convenios.	-SE REALIZA INFORME MENSUAL DE ACUERDO CON LAS NECESIDADES	-INFORME
7	7- programar y disponer de los vehiculos para las jornadas y contingencias presentadas, así como participar activamente en el seguimiento y acompañamiento a los mismos.	-SE REALIZA LA ASIGNACIÓN DE LOS VEHÍCULOS DE ACUERDO CON LAS SOLICITUDES PARA LOS FINES DE SEMANA Y LOS DIFERENTES CONTINGENCIAS	-CORREOS
8	8- hacer cronograma de vehiculos con disponibilidad en las horas de la tarde / noche, de acuerdo a las necesidades identificadas y actividades programadas.	-SE REALIZA CRONOGRAMA DE RUTAS A NECESIDAD	-SE REALIZA CRONOGRAMA DE RUTAS A NECESIDAD
9	9- apoyar las revisiones periodicas que se realizan a los vehiculos, a los soportes y solicitudes que se realizan por parte de la supervision del contrato de vehiculos.	-SE REALIZA REUNIÓN MENSUAL DONDE SE REALIZA REVISIÓN ALEATORIA	-ACTA DE REUNION
10	10- notificar las novedades presentadas con los vehiculos de manera permanente al supervisor del contrato.	--SE INFORMA AL SUPERVISOR DEL CONTRATO LAS NOVEDADES PRESENTADAS	-CORREOS
11	11. apoyar la gestion administrativa del proceso de contratacion del talento humano asignado para el plan de salud publica de intervenciones colectivas — pspic.	--N.A. para este periodo	---N.A.
12	12. participar en la reunion mensual de direccionamiento tecnico convocada por la coordinacion, con participacion de los referentes de los espacios de vida y los procesos transversales.	"SE PARTICIPA DE LA REUNION CON LOS LIDERES DE ENTORNOS Y COMPONENTES SE REALIZAN LLAMADAS Y MENSAJES CON LOS TECNICOS ADMINISTRATIVOS INFORMADO LAS NOVEDADES DE VEHICULOS PARA EL PERIODO"	-ACTAS

OBLIGACIONES ESPECÍFICAS (LAS ESTIPULADAS EN LA MINUTA)		ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN EL PERIODO EN CUMPLIMIENTO DE CADA OBLIGACIÓN	PRODUCTO O EVIDENCIA
13	13.Otras actividades propias del perfil que fortalezcan el desarrollo de las actividades misionales	--SE PARTICIPA DE LAS ACTIVIDADES CONVOCADAS POR LA COORDINACION PIC Y LA SUBRED	--LAS ACTAS QUE SE GENEREN DE ESTAS ACTIVIDADES

INFORMACIÓN DEL PAGO DE SEGURIDAD SOCIAL								
Periodo al que corresponde el pago		Fecha de Pago			Número de Planilla	Factura Electrónica	Valor de Honorarios Certificados el Mes Anterior	
AÑO	MES	AÑO	MES	DÍA	83214527	-		\$ 2460448
2024	DICIEMBRE	2025	01	15				
Valor honorarios certificados el mes anterior en letras					DOS MILLONES CUATROCIENTOS SESENTA MIL CUATROCIENTOS CUARENTA Y OCHO PESOS			
Item					Entidades Aportantes a Seguridad Social	Ingreso Base de Cotización	Valor Mínimo de los Aportes	Valor Aportado
Pensionado				NO	COLFONDOS	\$ 1213333.3333333	\$ 194133	\$ 214400
Salud					FAMISANAR		\$ 151667	\$ 167500
ARL				3	SURA		\$ 29557	\$ 32700
Caja de Compensación				NO		Total	\$ 352134	\$ 414600
INFORMACIÓN DE PAGO								
Entidad Bancaria	BANCO DAVIVIENDA S.A.		Tipo de Cuenta	AHORROS		Número de Cuenta	004870232388	
HISTÓRICO								
OBSERVACIÓN					USUARIO		FECHA	
CREACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					VILMA LILIANA ARANGUREN CASTILLO		2025-01-23 22:39:49	
RECHAZADO SUPERVISOR					LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-01-24 09:45:26	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					VILMA LILIANA ARANGUREN CASTILLO		2025-01-24 10:39:18	
MODIFICACIÓN DEL INFORME DE ACTIVIDADES					VILMA LILIANA ARANGUREN CASTILLO		2025-01-24 10:39:50	
ACEPTADO SUPERVISIÓN					LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA		2025-01-24 10:40:50	
ACEPTADO CONTRATACIÓN					MARIA CAMILA DIAZ ZAMUDIO		2025-01-25 14:21:18	
INFORME DE ACTIVIDADES PAGADO. SI SU BANCO ES DIFERENTE A DAVIVIENDA EL PAGO PUEDE TARDAR UN DÍA HABIL EN VERSE REFLEJADO EN SU CUENTA					ANGIE ALEXANDRA LOZANO ALBERTO		2025-02-19 16:31:14	

Autorizo para que se haga uso de la firma únicamente para el objetivo antes descrito. Y asumo mi responsabilidad por la custodia, reserva y uso de la firma (Conforme con lo previsto en la Resolución 126 del 13 de febrero de 2024)

NOTA: La firma mecánica será para uso exclusivo del aplicativo **SIASUR, MÓDULO DE INFORMES DE ACTIVIDADES DE CONTRATO** de la Subred Integrada de Servicios de Salud Sur E.S.E.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Leidy Viviana Cruz Parra', with a horizontal line drawn underneath the name.

LEIDY VIVIANA CRUZ PARRA
DIRECTOR DE GESTION DEL RIESGO EN SALUD

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40428278	VILMA LILIANA ARANGUREN CASTILLO		carrera 29 D No. 16-10 sur	3006378	liliarangurenc@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA						
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD	
					EMPLEADOS	UPC
					1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				TOTAL A PAGAR	
2024-12	2024-12	I	15/01/2025	83214527	\$414.600	

TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS017	Famisanar EPS	830003564-7	167.500	0		0		0	0	0	0	167.500	1

TOTALES PENSIÓN												
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados
231001	Colfondos	800227940-6	214.400	0	0	0	0	0	0		214.400	1

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-11	ARL SURA	890903790-5	32.700				32.700	0	0	32.700			327	32.700	1

TOTALES CAJAS								
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados	

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Dias Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
SENA				
0	0	0	0	0
ICBF				
0	0	0	0	0
ESAP				
MEN				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	167.500	167.500
Pensión	1	214.400	214.400
Riesgos Laborales	1	32.700	32.700
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
TOTALES	3	414.600	414.600

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	40428278	VILMA LILIANA ARANGUREN CASTILLO		carrera 29 D No. 16-10 sur	3006378	liliarangurenc@GMAIL.COM
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I – Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
						EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD
						NO

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	TIPO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	CANTIDAD
					EMPLEADOS
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIONES				UPC
2024-12	2024-12	I	15/01/2025	83214527	10
					TOTAL A PAGAR
					\$414.600

DETALLE POR COTIZANTE

INFORMACIÓN COTIZANTE										INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN						SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES												
No.	Tipo	No. de Identificación	Apellidos y Nombres	Cotizante	Subjeto	Extranjero	Cotiz. exterior	Exonerado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	VBP	VBT	SLN	IDE	MA	MA	VAC	AVP	VPT	IBL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Cotización	Voluntari o Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN	
1	CC	40428278	ARANGUREN CASTILLO VILMA LILIANA	57	0		N																		231001	1.340.000	214.400	0	0	0	0	0	EPS017	1.340.000	167.500	14-11	1.340.000	3	32.700		0	0	0	0	0	0	0	0

PAGADA



Búsqueda

Mis procesos

Menú

Ir a

Buscar...



Escritorio → Menú → Administración de contratos → **Ver contrato**

1 Información general

2 Condiciones

3 Bienes y servicios

4 Documentos del Proveedor

5 Documentos del contrato

6 Información presupuestal

7 Ejecución del Contrato

8 Modificaciones del Contrato

9 Incumplimientos

Datos guardados

Cancelar



Evaluación de la Entidad Estatal



VER CONTRATO

Ejecución del Contrato

☐ Porcentaje ☐ Recepción de artículos

Plan de Pagos

¿Se requieren emisiones de
códigos de autorización? ☐ Sí ☒ No

Id de pago	Número de factura	Fecha de emisión	Fecha de recepción	Valor total de la factura	Estado
------------	-------------------	------------------	--------------------	---------------------------	--------

No existen resultados que cumplan con los criterios de búsqueda especificados

Crear

Documentos de ejecución del contrato

	Descripción	Nombre del archivo	Cargado por		
☐	CUENTA OCTUBRE CTO 7139-2024.pdf.pdf	CUENTA OCTUBRE CTO 7139-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7139-2024.pdf.pdf	CUENTA NOVIEMBRE CTO 7139-2024.pdf.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle
☐	CUENTA DICIEMBRE CTO 7139-2024.pdf	CUENTA DICIEMBRE CTO 7139-2024.pdf	Proveedor	Descargar	Detalle

Borrar

Cargar nuevo

